

УДК 616.381-072.1

Մեխանիկական դեղնուկով տարեց հիվանդների վիրաբուժական բուժման տակտիկան

Ա.Ա. Մելիքյան, Ա.Ա. Ոսկանյան, Վ.Ռ. Բոռոզյան,
Կ.Հ. Դավաթյան

*ԵՊԲՀ Էնդոսկոպիկ վիրաբուժության ամբիոն,
«Նատալի Ֆարմ» ՍՊԸ «Մալաթիա» ԲԿ,
0032 Երևան, Դ. Վարուժանի փ., 28ա*

*Բանալի բառեր. տարեց հիվանդներ, մեխանիկական դեղնուկ, երկփուլ
բուժում, վիրահատական փուլ, էնդոսկոպիկ փուլ*

Ժամանակակից աշխարհում բժշկագիտության զարգացման արդյունքում գնալով ավելանում է տարեց մարդկանց թիվը, որի արդյունքում էլ համապատասխանաբար տվյալ խմբի հիվանդների քանակը [1,3,9]: Համաձայն միջազգային ցուցանիշների՝ մինչև 9% 60 տարեկանից բարձր տարիքի ազգաբնակչություն ունեցող ազգը համարվում է երիտասարդ, 9-ից 13%-ը՝ ծերացող, 13%-ից ավելին՝ ծերացած: Ըստ ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի (UNFPA) հայաստանյան գործադիր ներկայացուցչության տվյալների, մենք մոտեցել ենք 13%-ին և արդեն 2014-ին 60+ ազգաբնակչությունը կկազմի 14.5%: Այսինքն՝ մտնում ենք ծերացած ազգերի դասակարգման մեջ: Եվս մեկ հետաքրքիր թիվ՝ եթե ծերացման պրոցեսը շարունակվի այս նույն տեմպերով, ապա մինչև 2035թ. 60+ ազգաբնակչության թիվը մեր հասարակության մեջ կկազմի 31,5%: Այսինքն, այս գիտական քննարկման արդյունքում ձևավորված կոնցեպցիաները կունենան մեծ գործնական նշանակություն և կհանդիսանան ուղենիշ վիրաբույժների հետագա գործունեության համար:

Մարդու ծերացումը բնութագրվում է մի շարք կարևոր ֆիզիոլոգիական փոփոխություններով, ինչպիսիք են ներքոջային հեղուկի պարունակության փոքրացումը, սրտային ինդեքսի, կծիկային ֆիլտրացիայի և երիկամային արյան մատակարարման իջեցումը, թոքային ծավալի, արյան հոսքի արագության փոքրացումը, որոնք ամենաանբարենպաստ ձևով են ազդում ի հայտ եկած կամ սրացած պաթոլոգիկ պրոցեսի ընթացքի վրա: Ծերացման ժամանակ բջջային աճի պոտեն-

ցիալի իջեցումը խիստ բացասաբար է ազդում ռեգեներացիոն պրոցեսների և վիրահատական վերքի լավացման վրա: Քանի որ ծերացման կենսաբանական նշանները նման են որոշ պաթոլոգիկ վիճակներին, ինչպիսիք են կախեքսիան, ջրազրկումը, հիպօքսիան, թիրեոիդ խանգարումները և այլն, ապա շատ հաճախ ի հայտ է գալիս սխալ պատկերացում թե ծերացումը դա հիվանդություն է կամ հիվանդությունների հանրագումար [4,5,8]: Այդ իսկ պատճառով, կարծում ենք, որ ծերացումը պետք է դիտել որպես կենսաբանական ամբողջականություն, որպես կյանքի շրջան, այնպես, ինչպես մանկությունը, որը ևս ունի իր առանձնահատկությունները:

Վերջին տարիների վիճակագրական համաշխարհային տվյալների արդյունքում լեղաքարային հիվանդությունով տառապում են յուրաքանչյուր հինգերորդ կինը և յուրաքանչյուր տասներորդ տղամարդը: Ըստ ռուսական աղբյուրների [2, 6]՝ 60 տարեկանից բարձր ամեն չորրորդ և 70-ից բարձր ամեն երրորդ անձի մոտ առկա են լեղային քարեր: Ըստ եվրոպական տվյալների լեղուղիների քարեր հայտնաբերվում են բնակչության մինչև 15%-ի մոտ(տարբեր երկրներում տարբեր տվյալներ 5-ից մինչև 38%՝ Շվեդիա): ԱՄՆ-ում ներկայումս լեղաքարային պաթոլոգիայով հաշվում են շուրջ 20 մլն հիվանդներ, այսինքն այս խնդիրը ունի ինչպես բժշկական, այնպես էլ սոցիալ-տնտեսական նշանակություն [7,8]:

Դեռևս խուլեխիթիազի և նրա բարդությունների վերացման հիմնական մեթոդը մնում է վիրաբուժական միջամտությունը: Պետք է նշել, որ եթե եվրոպական զարգացած երկրներում վիրահատությունների ճնշող գերակշռությունը կատարվում է չբարդացած քարային խուլեցիստիտի կապակցությամբ, ապա հետխորհրդային տարածաշրջանում, այսինքն նաև մեր երկրում հիվանդների կեսից ավելին վիրահատվում են սուր քարային խուլեցիստիտի և այլ բարդությունների պատճառով, որը և բերում է հետվիրահատական բարդությունների և մահացության տոկոսի բարձրացման, որն առավել ցայտուն է տարբերակվում տարեց հիվանդների մոտ (բարդացած դեպքերում 12-20% մահացություն [3]):

Խուլեղոխուլիթիազի և մեխանիկական դեղնուկի պայմաններում բուժման կազմակերպումը և ճիշտ տակտիկայի ընտրությունը առավել բարդանում է տարեց հիվանդների մոտ: Չնայած դինամիկայում ավելանում է լապարասկոպիկ խուլեղոխուլիթոտոմիա պրոպագանդող հոդվածների քանակը, սակայն այս մեթոդը, հատկապես տարեց հիվանդների դեպքում, լայն տարածում այդպես էլ չի գտնում, ինչը բացատրվում է, առաջին հերթին, բարձր որակավորման կադրերի պակասությամբ, թանկարժեք սարքավորումների պակասով և վիրահատու-

թյան տևողության բավականին երկարացմամբ, որը կատարվելու է լարված կարբոքսիպենմոպերիտոնեումի պայմաններում: Այսինքն, այն հնարավոր է կատարել միայն խոշոր վիրաբուժական կենտրոններում՝ հագեցած ժամանակակից սարքավորումներով և ապահովված բարձր որակավորման մասնագետներով, մի բան, որը չի ապահովվում մեր երկրի, նամանավանդ մարզային հիվանդանոցների գերակշռող մասում: Այդ իսկ պատճառով մեր հանրապետությունում լեղաքարային հիվանդության խուլեդոխությունից բարդության դեպքում դեռևս բավականին մեծ թիվ են կազմում տրադիցիոն բաց վիրահատությունները, որոնք տեխնիկապես կարելի է կատարել ցանկացած հիվանդանոցում: Տարեց հիվանդների մոտ՝ քարային խուլեցիստիտի և մեխանիկական դեղնուկի զուգակցման դեպքում բուժման մեր փորձը, որը հիմնված է 145 հիվանդների բուժման արդյունքների վերլուծության վրա՝ ցույց է տալիս, որ լավագույն լուծումը հանդիսանում է երկփուլային բուժումը:

Նյութը և մեթոդները

Մալաթիա ԲԿ-ի վիրաբուժական բաժանմունքում մեխանիկական դեղնուկով տարեց հիվանդները դասվում են ծանր հիվանդների շարքին: Վերջին 5 տարիների ընթացքում մեր հսկողության տակ են գտնվել մեխանիկական դեղնուկով 60-ից բարձր տարիքում 145 հիվանդներ: Նրանցից 54-ի մոտ դեղնուկը պայմանավորված է եղել դուռդենալ մեծ պտկիկի պաթոլոգիաներով: Առավել հաճախ հանդիպում է պտկիկի ստրիկտուրա՝ 32 հիվանդներ, պտկիկի ադենոմա հայտնաբերվել է 4 դեպքում, քաղցկեղ՝ 18 դեպքում: Մնացած դեպքերում՝ 91 հիվանդ, դեղնուկի պատճառը եղել է ընդհանուր լեղաձորանի քարը: Հիվանդներից 11-ի մոտ հայտնաբերվել է զուգակցված դուռդենալ մեծ պտկիկի պաթոլոգիա ընդհանուր լեղաձորանի շրջահոսելի քարի հետ միասին: Ընդհանուր լեղաձորանի առավել լայնացում դիտվել է պտկիկի քաղցկեղի դեպքում: Հիվանդների բուժման վիրաբուժական տակտիկան որոշվում է ելնելով մեխանիկական դեղնուկի ընթացքից, նրա արտահայտվածության աստիճանից, ինչպես նաև լեղապարկում և լեղաձորանում քարերի առկայությունից: Հիվանդների մոտ վիրաբուժական բուժումը բաժանվում է փուլերի, որպեսզի իջեցվի ինվազիվությունը և տրավմատիզմի աստիճանը: 12 հիվանդների մոտ սուր քարային խուլեցիստիտի և պտկիկի ստենոզի կապակցությամբ առաջին փուլում կատարվել է խուլեցիստեկտոմիա և ընդհանուր լեղաձորանի արտաքին դրենավորում լեղապարկի ծայրատից: Հիվանդների վիճակի կարգավորումից, պոլիօրգան անբավարարության վերացու-

մից հետո երկրորդ փուլում կատարվել է էնդոսկոպիկ պապիլոսֆինկտերոտոմիա (ԷՊՍ) և հետո միայն՝ դրենաժի հեռացում ընդունված ժամկետներում: Պոսիկի քաղցկեղով պայմանավորված բոլոր դեպքերում առաջին փուլում կատարվել է ընդհանուր լեղաձորանի ստենոտավորում, վիճակի կայունացումից, դեղնուկի վերացումից, օրգանիզմի վերականգնումից հետո միայն կատարվել է երկրորդ փուլը՝ 3 դեպքերում դրվել է լեղապարկ-բարակաղիքային, 14 դեպքերում՝ ընդհանուր լեղաձորան – բարակաղիքային, 1 դեպքում՝ 12-մատնյա աղիք-ընդհանուր լեղաձորանային բերանակցում: Տվյալ տարիքային խմբում նպատակահարմար չենք գտել գնալ մեծածավալ և տրավմատիկ վիրահատության՝ պանկրեատոդուդենալ մասնահատման՝ հաշվի առնելով հետվիրահատական բարդությունների մեծ տոկոսը և տվյալ տարիքային խմբի համար ապրելունակության գրեթե նույն թվերը: Քարային խոլեցիստիտի և ընդհանուր լեղաձորանի քարով պայմանավորված մեխանիկական դեղնուկի 91 դեպքերից 79 հիվանդների առաջին փուլում կատարվել է ԷՊՍ, ընդհանուր լեղաձորանի քարի հեռացում, ապա 4-10 օրվա ընթացքում՝ լապարասկոպիկ խոլեցիստեկտոմիա: Մնացած 12 դեպքերում, կապված դեստրուկտիվ փոփոխությունների հետ լեղապարկում և ինֆիլտրատիվ փոփոխությունների հետ հեպատոդուդենալ կապանում, առաջին փուլում կատարվել է խոլեցիստեկտոմիա, ընդհանուր լեղաձորանի արտաքին դրենավորում լեղապարկի ծայրատից և, վիճակի կարգավորումից հետո միայն, երկրորդ փուլում, էնդոսկոպիկ եղանակով՝ ընդհանուր լեղաձորանի քարի հեռացում:

Արդյունքները և դրանց քննարկումը

Հիվանդները ստացել են նախավիրահատական և հետվիրահատական դեղորայքային դեզինտոքսիկացիոն, հակաբորբոքային, դեսենսիբիլիզացնող, արյան մակարդեղիությունը կարգավորող թերապիա: Միջին մահճակալ-օրերի թիվը կազմում է 9 օր: Բուժման ընթացքում հիվանդների զգալի մասը վերականգնողական փուլը անցել են ամբուլատոր պայմաններում: Բարդություններ՝ կապված վիրահատական տակտիկայի և տեխնիկայի հետ չեն դիտվել: Մահացել է 1 հիվանդ ուղեկցող ծանր սիրտ-թոքային պաթոլոգիայի պատճառով, որը ավելի էր խորացել բարձիթող մեխանիկական դեղնուկի արդյունքում:

Հիմնվելով անցկացրած հետազոտության արդյունքների վրա մենք եզրակացնում ենք, որ մեխանիկական դեղնուկով տարեց հիվանդների բուժման բաժանմամբ երկու փուլերի՝ վիրահատական և

էնդոսկոպիկ, ի հաշիվ տրավմատիզմի իջեցման ու վիրահատական ծավալների փոքրացման, ունենում ենք առավելապես գոհացուցիչ արդյունքներ:

Поступила 18.09.14

Тактика хирургического лечения пожилых больных с механической желтухой

А.Р. Меликян, А.А. Восканян, В.Р. Борозан, К.Г. Даллакян

Согласно данным армянского представительства агентства ООН по фонду населения, пожилое население РА увеличивается и уже в 2014 г. составит 14,5%. Таким образом, Армения входит в классификацию *пожилых наций*. Организация и выбор правильной тактики лечения холедохолитиаза и механической желтухи наиболее осложняются у пожилых больных. Наш опыт лечения пожилых пациентов с каменным холециститом, сочетанным с механической желтухой, который основан на анализе результатов лечения 145 больных, показывает, что наилучшим решением является двухэтапное лечение. Вследствие разделения лечения пожилых больных с механической желтухой на два этапа – хирургический и эндоскопический, за счет снижения травматизма и уменьшения объема хирургического вмешательства достигаются наиболее удовлетворительные результаты.

The tactics of surgical treatment of elderly patients with mechanical jaundice

A.R. Melikyan, A.A. Voskanyan, V.R. Borozan, K.H. Dallakyan

According to the data of United Nations Foundation of Population Agency (UNFPA) the elderly population of RA increases and it is going to reach 14.5% by 2014. Thus, Armenia is in the classification of elderly nations.

The organization and choice of correct tactics of treatment of choledocholithiasis and mechanical jaundice have become an urgent problem among elderly patients.

Our experience of treatment of elderly patients with calculous cholecystitis and associated mechanical jaundice, which is based on the analysis of results of 145 patients' treatment, shows that the best decision is two-staged treatment. Due to separation of treatment into two stages – surgical and endoscopic, the most satisfactory results are achieved at the expense of decrease of traumatism and reduction of volume of surgical intervention.

Գրականություն

1. *Аббасова С.Ф.* Лапароскопическая холецистэктомия у больных старших возрастных групп. Хирургия, 2011, 9, с.83-85.
2. *Баранов Г.А., Кононенко С.Н., Борушко М.В., Харламов Б.В.* Пневмоперитонеум как фактор хирургической агрессии. Мат. 11 Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М., 2007, с. 39-40.
3. *Бондаренко В. А.* Малоинвазивные технологии лечения больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой. Автореф. дис... канд. мед. наук, Ростов н/Д, 2005.
4. *Бондаренко В.А., Таранов И.И., Ситников В.Н., Найденов В.Н.* Малоинвазивные хирургические вмешательства при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, у лиц пожилого и старческого возраста. Эндоскопическая хирургия, 2005, 1, с. 21-22.
5. *Бронтвейн А.Т., Баранов Г.А., Ульянов В.И., Решетников Е.А., Зыков А.С., Харламов Б.В.* О современных тенденциях в лечении острого холецистита у больных старших возрастных групп. Кремлевская медицина, 2007, 3, с. 50-53.
6. *Таранов И.И., Хашиев Н.Л., Ситников В.Н., Бондаренко В.А.* Лечение больных с деструктивным холециститом при наличии заболеваний большого дуоденального сосочка. В сб.: Современные технологии в многопрофильной больнице. Красноярск, 2003, с. 101-102.
7. *Polychronidis A., Botaitis S., Tsaroucha A. et al.* Laparoscopic cholecystectomy in elderly patients. J. Gastrointest. Liver Dis., 2008; 17: 3: 309-313.
8. *Tambyraja A.L., Kumar S., Nixon S.J.* Outcome of laparoscopic cholecystectomy in patients 80 years and older. World J. Surg., 2004; 28: 8:
9. *Yoshikawa T.T.* Predisposing Factors. Infectious Disease in Aging. A Clinical Handbook. Human Press, 2001; p. 8-12.